

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU**  
**MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

**Studij sestrinstva**

**Petra Mošnja**

**Stavovi pacijenata o kvaliteti komunikacije  
s medicinskim sestrama zdravstvene njege u  
kući na području grada Pule**

**Završni rad**

**Pula, 2018.**

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU  
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

**Studij sestrinstva**

**Petra Mošnja**

**Stavovi pacijenata o kvaliteti komunikacije  
s medicinskim sestrama zdravstvene njege u  
kući na području grada Pule**

**Završni rad**

**Pula, 2018.**

Rad je ostvaren u Ustanovi za zdravstvenu njegu u kući “Zlatne ruke - Vesna Plavšić” u Puli.

Mentor rada: prof. dr. sc. Radivoje Radić

Rad sadrži: 33 lista, 9 tablica i 1 sliku.

## **Zahvala**

Želim se zahvaliti svome mentoru prof. dr. sc. Radivoju Radiću i magistri sestrinstva Evi Smokrović na podršci, savjetima i stručnoj pomoći pri izradi završnog rada.

Zahvaljujem se bacc. med. tech. Vesni Plavšić što je dopustila da provodim istraživanje u njenoj Ustanovi i svim kolegicama koje su mi bile podrška tijekom cijelog školovanja.

Hvala svim profesorima i predavačima koji su sudjelovali u mom procesu izobrazbe i donosili u moj život nova znanja.

Na kraju posebno hvala mojim roditeljima bez kojih zasigurno ne bih uspjela i ne bih bila ono što sam danas.

## SADRŽAJ:

1. UVOD .....	1
1.1. Zdravstvena njega u kući .....	1
1.2. Kvalitetna i učinkovita komunikacija.....	2
1.3. Edukacija pacijenata .....	3
1.4. Percepcija zdravstvenog ponašanja .....	4
2. CILJEVI .....	6
3. ISPITANICI I METODE .....	7
3.1. Ustroj studije .....	7
3.2. Ispitanici .....	7
3.3. Metode .....	7
3.4. Statističke metode .....	7
4. REZULTATI .....	8
5. RASPRAVA .....	16
6. ZAKLJUČCI .....	24
7. SAŽETAK .....	25
8. SUMMARY .....	26
9. LITERATURA .....	27
10. ŽIVOTOPIS .....	30

## 1. UVOD

### 1.1. Zdravstvena njega u kući

Osnovna djelatnost medicinskih sestara jest zdravstvena njega pacijenata, koja se provodi na svim razinama zdravstvene zaštite. Zdravstvena njega u kući dio je primarne zdravstvene zaštite. Korisnici zdravstvene njege u kući su pacijenti nakon završenog bolničkog liječenja ili rehabilitacije i pacijenti kojima nije potrebno bolničko liječenje, a ne mogu samostalno zadovoljavati svoje osnovne fiziološke potrebe (1). To su najčešće pacijenti u kojih je prisutna nepokretnost ili teška pokretnost, kronične bolesti u fazi pogoršanja, komplikacije koje zahtijevaju intervencije iz područja zdravstvene njege, prolazna ili trajna stanja kod kojih nije moguće samozbrinjavanje te umirući pacijenti (2).

Razvojem znanosti, tehnologije, većom educiranošću pacijenata produljuje se životna dob čovjeka, što posljedično uvjetuje i porast kroničnih nezaraznih bolesti (1). Hrvatska je demografski stara zemlja, udio stanovništva starih 65 i više godina iznosi 17,7% (prema zadnjem popisu stanovništva iz 2011. godine), što je iznad europskog prosjeka (3).

Pružanje zdravstvene njege u kući pacijenta imperativ je današnjice, omogućuje integraciju medicinskih sestara u obitelj pacijenta, olakšava izmjenu informacija, a sama njega u kući, u vlastitoj obitelji (ne u bolnici ili instituciji) pridonosi boljem emocionalnom zdravlju pacijenta. Pružajući svoje usluge u domu pacijenta, medicinske sestre lakše utječu na higijenske navike te cjelokupnu zdravstvenu kulturu pacijenta i njegove okoline. Tehnike rada prilagođavaju se zatečenoj situaciji, za što je neophodna kreativnost i motiviranost uz individualan i holistički pristup pacijentu i njegovoj okolini (1).

U Hrvatskoj od 1993. godine, Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, zdravstvena njega u kući postaje zasebna zdravstvena ustanova odgovorna za pružanje medicinske skrbi i rehabilitacije u kući pacijenta prema uputama i nadzoru obiteljskog liječnika. Zdravstvenu njegu u kući, kao i stupanj zahtjevnosti, propisuje liječnik primarne zdravstvene zaštite; medicinska sestra provodi propisano, a patronažna sestra najmanje jednom u 14 dana obilazi pacijenta i izvještava liječnika o zdravstvenom stanju pacijenta, postignutim rezultatima te potrebi daljnjeg provođenja njege (4). Cilj zdravstvene njege u kući jest poboljšanje pacijentova zdravstvenog stanja te sprečavanje njegova pogoršanja uz pomoć medicinske sestre i članova pacijentove obitelji kao njegovatelja (5). Pružanje zdravstvene njege provodi se po principu primarnog modela – jedna medicinska sestra kontinuirano skrbi o određenom broju pacijenata (6).

Provođenje zdravstvene njege u kući specifično je zbog samog mjesta provođenja – dom pacijenta (vrlo različiti uvjeti) i različitih oblika ponašanja pacijentove obitelji (prihvatanje i preuzimanje brige o bolesnom članu do odbacivanja bolesnog člana od strane obitelji i potpuna nesuradnja) (7).

U kući pacijenta medicinska sestra, osim što pruža neposrednu fizičku pomoć i stvara povoljnu fizičku i socijalnu okolinu, provodi i motivaciju te formalnu i neformalnu edukaciju pacijenta i članova obitelji (8). Za kvalitetno provođenje zdravstvene njege i povećanje učinkovitosti u radu s pacijentima neophodno je kontinuirano educiranje (cjeloživotno učenje) medicinskih sestara. Medicinske su sestre dužne pratiti novitete u liječenju i tehnologiji, kako bi i sestrinski postupci bili usklađeni sa standardiziranim procesima liječenja (9). Kroz cjeloživotno učenje moraju usavršavati svoje komunikacijske vještine koje su im neophodne u procesu motivacije i edukacije pacijenta s ciljem promjene negativnog zdravstvenog ponašanja u pozitivna ponašanja koja pridonose zdravlju (10).

## **1.2. Kvalitetna i učinkovita komunikacija**

Komunikacija je aktivnost prenošenja značenja kroz zajednički sustav znakova i semiotičkih pravila (11). Ljudska komunikacija sastoji se od verbalnog i neverbalnog dijela, s time da neverbalni dio čini veći dio sporazumijevanja (12). „Svaki ljudski čin predstavlja na određeni način komunikaciju, stoga i „nekomuniciranje“ predstavlja oblik komuniciranja“ (13).

Komunikacija je osnovno sredstvo za uspostavu suradnje među članovima zdravstvenog tima (s pacijentom – subjektom u središtu) u provođenju zdravstvene njege. Kroz kvalitetno i učinkovito pružanje informacija pacijentu, potiče ga se na aktivno uključivanje u vlastiti proces liječenja (rehabilitacije), čime pacijent stječe osjećaj kontrole nad situacijom i vlastitim stanjem koje je često narušeno samom bolešću (12).

Medicinska sestra koja provodi zdravstvenu njegu u kući pacijenta većinu vremena provede neposredno uz pacijenta i njegovu obitelj, kroz cijelo to vrijeme prisutna je komunikacija (verbalna i neverbalna). Opći cilj komunikacije medicinske sestre s pacijentom jest stvaranje odnosa (topao, pristojan, povjerljiv) u kojemu će pacijent moći bez straha i oklijevanja izraziti svoje potrebe, želje i očekivanja. Kvalitetna komunikacija korisna je terapijska intervencija koja pacijentima pomaže da izraze svoje psihičke i emocionalne potrebe, postavljaju pitanja, steknu osjećaj kontrole nad vlastitim zdravljem i liječenjem, razviju

povjerenje i osiguraju veću osobnu uključenost u proces liječenja i njege te stječu fizičko zdravlje (smanjenje boli, smanjenje krvnog tlaka, depresije, anksioznosti ili agresije) (10).

Zadovoljstvo pacijenta u velikoj je mjeri povezano s komunikacijskim vještinama medicinske sestre. Istraživanja ukazuju na povezanost pacijentova zadovoljstva sa sposobnošću medicinske sestre da održava i iskazuje toplinu, razumijevanje, emocionalnu podršku, brigu i dostupnost pacijentu (10).

Medicinska sestra komunicira s pacijentima različitih karakteristika, sposobnosti, znanja, stavova, mogućnosti shvaćanja, s različitim stupnjem motiviranosti i želje za edukacijom pa njezina komunikacija mora biti prilagođena svakom pojedinom pacijentu. Specifičnosti komunikacije prvenstveno proizlaze iz etičkih načela, iz poštivanja osobnosti pacijenta, njegovih prava i dužnosti, kulture, dobi te bolesti i invaliditeta. Kvalitetna i učinkovita komunikacija medicinske sestre ima pozitivan utjecaj na pacijentov pozitivan stav prema liječenju. Za kvalitetno i učinkovito kumuniciranje medicinskih sestara s pacijentom potrebna su određena znanja (komunikacijske vještine) i fleksibilnost (10).

Neizostavan dio komunikacije jest i slušanje, nije dovoljno samo slušati, već treba i čuti. Medicinske sestre moraju imati usvojenu vještinu slušanja pacijenta (naučiti slušati i čuti). U slušanju je potrebno biti usredotočen samo na slušanje, a ne na druge radnje koje odvlače pažnju od slušanja (14). „Priroda nam je dala jedan jezik, ali dva uha kako bismo mogli dva puta više slušati nego govoriti“ (Epiktes, grčki filozof, I. stoljeće naše ere) (15).

### **1.3. Edukacija pacijenata**

Sve češća intervencija medicinske sestre motivacija je i edukacija pacijenta i njegove socijalne sredine (obitelji) s ciljem postizanja što veće samostalnosti i zadovoljavajuće kvalitete života pacijenta te promocije zdravlja (16).

Motivacija je želja da se postigne napredak te spremnost da se za postizanje tog cilja uloži potreban napor. U edukativnom smislu motivacija je sve ono što dovodi do učenja i što određuje njegov smjer, intenzitet i trajanje. Motivacija je poticanje ka ostvarivanju ciljeva (17).

Prema Maslovljevoj hijerarhiji potreba čimbenici osnove pokretljivosti svake individue jesu: fiziološke potrebe, potreba za sigurnošću, potreba za ljubavlju i pripadanjem, potreba za ugledom i poštovanjem, potreba za samoaktualizacijom (18).



Prema Glasserovoj listi motiva čimbenici pokretljivosti jesu: motiv preživljavanja, motiv ljubavi, motiv moći, motiv zabave i slobode (19).

Educiranje je niz aktivnosti koje su oblikovane s ciljem olakšavanja samog procesa učenja. U provođenju edukacije ne smije se zaboraviti činjenica da je čovjek jedinstveno i cjelovito biće. U procesu učenja sudjeluju kognitivno-misaoni i intelektualni procesi, no u oboljelih, često, važnu ulogu imaju i nekognitivni procesi, emocije i motivacija (7).

Neformalna edukacija sastavni je dio svake aktivnosti medicinske sestre, a provodi se kroz osobni primjer, pravilno i savjesno provođenje različitih intervencija te kroz usputna objašnjenja. Formalna edukacija usmjerena je specifičnim ciljevima, a provodi se objašnjavanjem, demonstracijom, analizom teksta, videozapisima, vježbanjem... (8).

Edukacija je proces kroz koji medicinska sestra organizirano potiče pacijenta i obitelj da što bolje upoznaju promjene nastale zbog bolesti, da što uspješnije savladaju nastale poteškoće, spriječe komplikacije i očuvaju ili poboljšaju kvalitetu života. Da bi se edukacija mogla provoditi, pacijenta je potrebno motivirati i poticati da sudjeluje u planiranju i provođenju zdravstvene njege te da povećava stupanj svoje samostalnosti. Pozitivnim verbalnim informacijama o njegovom postignuću i napredovanju smanjuje se osjećaj bespomoćnosti i manje vrijednosti (16).

Medicinske sestre moraju pacijentu osigurati potrebne (tražene ) informacije kroz verbalnu edukaciju, ali i u pisanom ili elektroničkom obliku, ovisno o želji pacijenta (16).

#### **1.4. Percepcija zdravstvenog ponašanja**

Zdravstveno ponašanje jest svako ponašanje ili aktivnost koju osoba poduzima kako bi očuvala, poboljšala ili zadržala svoje zdravlje, učinkovitije se liječila ili prilagodila kroničnim bolestima. Gledano sa sestrinskog stajališta ponašanja pacijenata mogu se podijeliti na ona koja imaju pozitivan i ona koja imaju negativan utjecaj na zdravlje (20).

Prediktori zdravstvenog ponašanja jesu: genetski, socijalni, emocionalni i perceptivno-kognitivni. Perceptivno-kognitivni prediktori jesu: znanje, opći stavovi o zdravlju, percepcija rizika i simptoma, percepcija ozbiljnosti bolesti, osjećaj kontrole (lokus kontrole i samoeфикаsnost), percepcija dobitaka, gubitaka i zapreka od zdravstvenog ponašanja, namjera i planiranje ponašanja. Lokus kontrole percipirana je lokacija čimbenika koji se doživljavaju kao izvori upravljanja osobnim ponašanjem i kao uzroci onoga što se osobi događa uključujući

njezine uspjehe i neuspjehe. U tablici 1. prikazane su razlike u osobinama osoba s internalnim i eksternalnim lokusom (20).

**Tablica 1.** Razlike u osobinama osoba s internalnim i eksternalnim lokusom (20)

<b>Ljudi s internalnim lokusom</b>	<b>Ljudi s eksternalnim lokusom</b>
Uporni su	Lakše odustaju
Dugo rade na zadatku	Ne provode puno vremena radeći na zadatku
Bolje se suočavaju sa stresom	Ne podnose dobro stres
Manje su podložni tjeskobi i depresiji	Ne vole izazove
Poduzimaju različite akcije ne bi li prevladali nedostatke	Puštaju da se stvari događaju i rješavaju same od sebe
Pokušavaju nadzirati zbivanja u svome životu	Nisu skloni poduzimati nešto čime bi umanjili nedostatke i ograničenja
Postižu bolje ocjene u školi, vjerojatnije će upisati i završiti fakultet	Nisu zainteresirani za politiku i obično ne izlaze na izbore
Traže informacije	Zarađuju manje od internalnih
	Podložniji su anksioznosti

Percepcija je nesvjestan proces kojim mozak organizira podatke dospjele iz raznih osjetila i interpretira ih u smislu cjeline, čime se omogućuje smisleno prepoznavanje. Percepcija pacijenta obuhvaća subjektivan doživljaj okoline u kojoj se nalazi svojevolumno i one koja mu je nametnuta (21).

Važna je pacijentova percepcija koja rezultira njegovim uvjerenjem o pozitivnom ili negativnom zdravstvenom ponašanju. Može se opisati i kao individualna spoznaja, koja je definirana kao emocionalni doživljaj vlastitog ponašanja i stanja (21).

Na percepciju djeluju brojni vanjski čimbenici kao što su: grupni pritisci, raspoložive informacije, iskustva, uloge. Posebnu važnost ima koncept selektivne percepcije - način na koji pojedinac bira informacije koje mu odgovaraju, a ignorira one koje su za njega nepovoljne. Ljudi se razlikuju u interpretaciji informacija te različito zaključuju, oblikuju cjelovitu sliku, stav ili uvjerenje na temelju informacije (22).

## 2. CILJEVI

Opći cilj ovog istraživanja jest ispitati mišljenje pacijenata, primatelja usluge zdravstvene njege u kući na području grada Pule, o kvaliteti komunikacije s medicinskim sestrama te ispitati želju pacijenata za učestalijim edukacijama.

Specifični ciljevi su:

- prikazati demografske karakteristike pacijenata - primatelja usluga zdravstvene njege u kući (spol, dob, stručna sprema i bračno stanje) te
- prikazati pacijentovu percepciju vlastitog zdravstvenog ponašanja s obzirom na kvalitetu komunikacije s medicinskim sestrama zdravstvene njege u kući.

### 3. ISPITANICI I METODE

#### 3.1. Ustroj studije

Studija je ustrojena kao presječno istraživanje.

#### 3.2. Ispitanici

Ispitanike su činili svi pacijenti, njih 100, koji su primali usluge zdravstvene njege u kući kroz razdoblje od minimalno 3 uzastopna mjeseca ili duže u 2017. godini na području grada Pule.

#### 3.3. Metode

Instrument za provedbu istraživanja bio je samostalno kreiran anketni upitnik koji je sadržavao 4 skupine pitanja: pitanja o ispitaniku (dob, spol, stručna sprema, bračno stanje), pitanja koja se odnose na mišljenje pacijenata o kvaliteti komunikacije s medicinskim sestrama, pitanja koja se odnose na želju pacijenata za učestalijim edukacijama i pitanja o percepciji zdravstvenog ponašanja ispitanika.

Anketni upitnik sastojao se od 20 pitanja koja su se procjenjivala bodovima na Likertovoj skali od 1 do 5 (1 – uopće se ne slažem; 5 – u potpunosti se slažem).

#### 3.4. Statističke metode

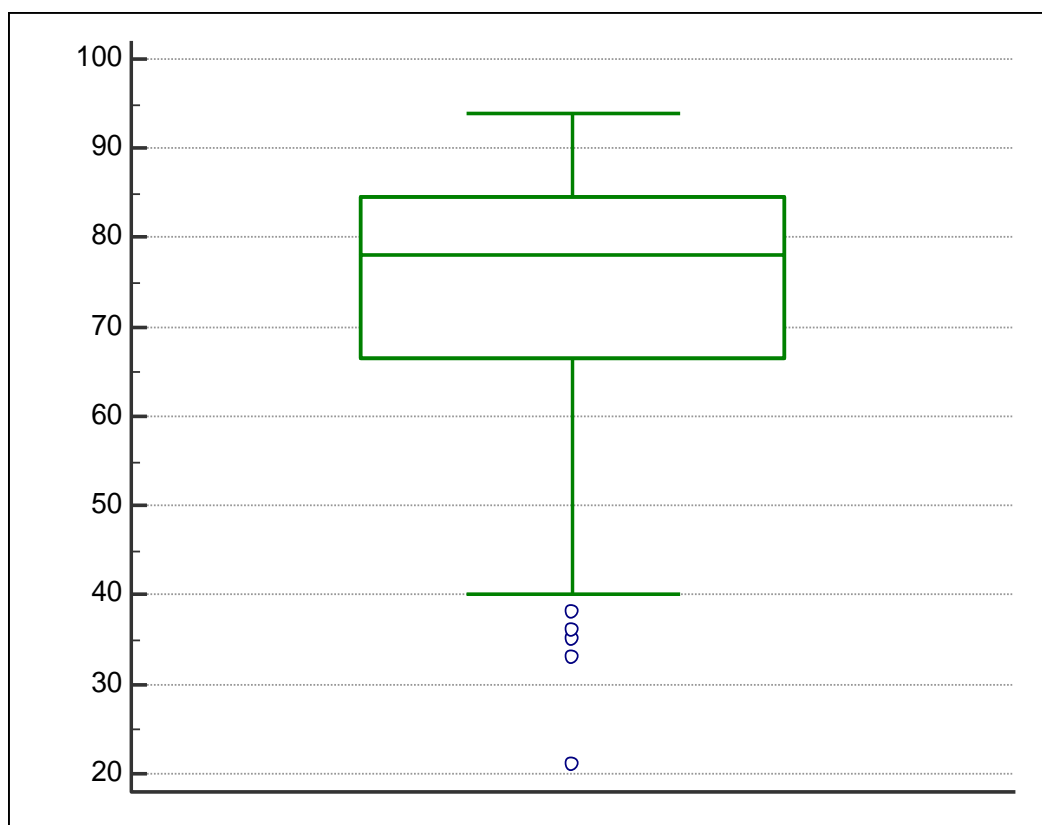
Svi prikupljeni kategorijski podatci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama, dok su numerički podaci opisani aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom. Rezultati su prezentirani grafički i tablično.

Za usporedbu kategorijskih podataka između nezavisnih skupina korišten je Hi-kvadrat test. Za testiranje povezanosti između pojedinih skupina pitanja korišten je Spearmanov test korelacije, dok je za usporedbu pojedinih skupina pitanja između dviju, odnosno više nezavisnih skupina ispitanika korišten Mann-Whitney U test, odnosno Kruskal-Wallis test i Conoverov post-hoc test.

Statistička analiza učinjena je programskim sustavom MedCalc (inačica 14.12.0, *MedCalc Software bvba*), uz odabranu razinu značajnosti od  $\alpha = 0,05$ .

## 4. REZULTATI

U ovome istraživanju sudjelovalo je ukupno 100 pacijenata koji su bili primatelji usluga zdravstvene njege u kući. Prosječna starosna dob pacijenata iznosila je 78 godina (medijan) i prikazana je grafički na Slici 1., dok su kategorijska obilježja prikazana u Tablici 2.



**Slika 1.** Distribucija starosne dobi pacijenata

Frekvencija odgovora na pojedine tvrdnje grupirana je prema temi koju se ispituje kako slijedi:

- tvrdnje koje opisuju kvalitetu komunikacije s medicinskim sestrama zdravstvene njege u kući (Tablica 3.)
- tvrdnje koje opisuju želju pacijenta za učestalijim edukacijama (Tablica 4.)
- tvrdnje koje opisuju zdravstveno stanje i ponašanje pacijenta (Tablica 5.).

**Tablica 2.** Distribucija demografskih parametara pacijenata

Obilježje	Kategorije	Broj ispitanika	P*
Stručna sprema	Osnovna škola	32	<0,001
	SSS	56	
	VSS	12	
Spol	Žene	60	0,16
	Muškarci	40	
Bračno stanje	Neudana/neoženjen	12	<0,001
	Udana/oženjen	40	
	Razvedena/razveden	4	
	Udovica/udovac	44	
Ukupno		100	

\*Hi-kvadrat test

Većina ispitanika imala je srednju stručnu spremu (Hi-kvadrat test,  $P < 0,001$ ) te su pretežno bili u braku ili su bili udovci/udovice (Hi-kvadrat test,  $P < 0,001$ ). U ovome istraživanju podjednako je bilo zastupljeno pripadnika oba spola (Tablica 2.).

**Tablica 3.** Frekvencija odgovora na tvrdnje koje opisuju kvalitetu komunikacije s medicinskim sestrama

Tvrdnje	Frekvencija pojedinih ponuđenih odgovora					Ukupno
	Uopće se ne slažem	Djelomično se ne slažem	Niti se slažem, niti se ne slažem	Djelomično se slažem	U potpunosti se slažem	
Prilikom svakog postupka medicinska sestra mi objasni što će raditi	0	1	3	20	76	100
Zadovoljan sam pristupom medicinske sestre prema meni	0	0	3	28	69	100
Medicinska sestra uvijek ima vremena za moja pitanja	1	1	9	10	79	100
Razumijem sve što mi medicinska sestra govori	0	0	8	16	76	100
Znam kako se zove medicinska sestra koja vodi moju zdravstvenu njegu	1	0	4	10	85	100
Medicinska sestra poštuje moje mišljenje i zajedno donosimo odluke o mojoj zdravstvenoj njezi	0	2	4	23	71	100
Medicinska sestra me potiče da razgovaram s njom o svojim problemima	2	1	10	22	65	100

Ispitanici su najčešće, na svih sedam tvrdnji o kvaliteti komunikacije s medicinskim sestrama, odgovarali s „U potpunosti se slažem“, odnosno dali su pozitivan odgovor na svaku pojedinu tvrdnju (Tablica 3.).

**Tablica 4.** Frekvencija odgovora na tvrdnje koje opisuju želju pacijenta za učestalijim edukacijama

Tvrdnje	Frekvencija pojedinih ponuđenih odgovora					Ukupno
	Uopće se ne slažem	Djelomično se ne slažem	Niti se slažem, niti se ne slažem	Djelomično se slažem	U potpunosti se slažem	
Potrebno mi je da medicinske sestre češće provode edukaciju i pojašnjenja	4	5	23	23	45	100
Dovoljno sam motiviran prilikom primanja novih informacija od strane medicinskih sestara	2	1	18	29	50	100
Učestalije edukacije doprinijele bi poboljšanju vašeg zdravstvenog ponašanja	3	4	32	25	36	100
Imam želju za učestalijim edukacijama od strane medicinskih sestara zdravstvene njege u kući	5	3	28	27	37	100
Osjećam potrebu za stalnim nadograđivanjem znanja u vezi s mojim zdravstvenim poteškoćama	3	3	28	26	40	100

Ispitanici su na tvrdnje koje opisuju želju pacijenta za učestalijim edukacijama, najčešće odgovarali „U potpunosti se slažem“ ili nešto rjeđe s „Djelomično se slažem“, čime su pokazali veliku želju za učestalijim edukacijama (Tablica 4.).



**Tablica 5.** Frekvencija odgovora na tvrdnje koje opisuju zdravstveno stanje i ponašanje pacijenta

Tvrdnje	Frekvencija pojedinih ponuđenih odgovora					Ukupno
	Uopće se ne slažem	Djelomično se ne slažem	Niti se slažem, niti se ne slažem	Djelomično se slažem	U potpunosti se slažem	
Smatram da vodim zdrav život	6	1	27	29	37	100
Osjećam da me poštuju unatoč zdravstvenim poteškoćama	1	1	24	25	49	100
Nisam izgubio prijateljske odnose koje sam nekada imao	9	9	23	22	37	100
Smatram da sam dovoljno samostalan unatoč svome stanju	12	14	21	23	30	100
Osjećam se dobro u svome tijelu	15	7	27	26	25	100

Distribucija odgovora na većinu tvrdnji koje opisuju zdravstveno stanje i ponašanje pacijenta pokazuje prevladavanje vrlo dobre ili odlične samoprocjene ispitanika, odnosno djelomično ili potpuno se slažu s pozitivnom ocjenom. Kod zadnjeg pitanja o procjeni dobrog osjećanja u svome tijelu, osim djelomičnog ili potpunog slaganja, ističe se i neutralan odgovor kao najčešće odabran (Tablica 5.).

Analiza povezanosti percepcije vlastitog zdravstvenog ponašanja s ocjenom kvalitete komunikacije s medicinskim sestrama pokazala je statistički značajnu, veliku pozitivnu korelaciju (Spearmanov test korelacije,  $R_o = 0,497$ ,  $P < 0,001$ ), odnosno ispitanik s boljom samoprocjenom zdravstvenog stanja bolje je ocijenio komunikaciju s medicinskim sestrama (Tablica 6.).

Povezanost percepcije vlastitog zdravstvenog stanja i želje pacijenta za učestalijim edukacijama također je pokazala statistički značajnu, veliku pozitivnu korelaciju (Spearmanov test korelacije,  $R_o = 0,561$ ,  $P < 0,001$ ), odnosno ispitanik s boljom samoprocjenom zdravstvenog stanja pokazao je veću želju za učestalijom edukacijom (Tablica 6.).

**Tablica 6.** Povezanost percepcije vlastitog zdravstvenog stanja i ponašanja s ocjenom kvalitete komunikacije s medicinskim sestrama i želje za učestalijim edukacijama

		<b>R<sub>o</sub></b>	<b>95 % CI</b>	<b>P*</b>
Ocjena zdravstvenog stanja i ponašanja pacijenta	Ocjena kvalitete komunikacije sa sestrama	<b>0,497</b>	0,333 – 0,632	<0,001
	Želja pacijenta za učestalijim edukacijama	<b>0,561</b>	0,410 – 0,682	<0,001

\*Spearmanov test korelacije

Usporedba kvalitete komunikacije s medicinskim sestrama, želje za učestalijim edukacijama i percepcije vlastitog zdravstvenog stanja i ponašanja nije pokazala značajnu razliku niti s obzirom na spol (Tablica 7.), niti prema stupnju stručne spreme (Tablica 8.).

S obzirom na bračno stanje nađena je značajna razlika u želji za učestalijim edukacijama (Kruskal-Wallis test,  $P = 0,003$ ), odnosno razvedeni ispitanici iskazali su najmanju želju, neoženjeni najveću, dok nije nađena razlika između oženjenih i udovaca/udovica (Conover's post-hoc test) (Tablica 9.).

**Tablica 7.** Usporedba ispitivanih parametara s obzirom na spol

Parametar	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Muškarci /n=40	Žene /n=60	
Kvaliteta komunikacije s medicinskim sestrama	34,0 (31,0-35,0)	34,0 (31,0-35,0)	0,69
Želja pacijenta za učestalijim edukacijama	20,5 (18,0-25,0)	20,0 (18,0-21,0)	0,23
Percepcija vlastitog zdravstvenog stanja i ponašanja	19,0 (15,0-21,5)	19,0 (15,0-22,0)	0,66

\*Mann-Whitney U test

**Tablica 8.** Usporedba ispitivanih parametara s obzirom na stupanj stručne spreme

Parametar	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Osnovna škola /n=32	SSS /n=56	VSS /n=12	
Kvaliteta komunikacije sa medicinskim sestrama	32,0 (31,0-35,0)	35,0 (31,0-35,0)	34,5 (31,5-35,0)	0,31
Želja pacijenta za učestalijim edukacijama	19,0 (17,0-21,5)	21,0 (17,0-25,0)	20,0 (18,0-25,0)	0,39
Percepcija vlastitog zdravstvenog stanja i ponašanja	18,0 (15,0-21,0)	19,5 (15,0-22,0)	19,5 (14,5-25,0)	0,75

\*Kruskal-Wallis test

**Tablica 9.** Usporedba ispitivanih parametara s obzirom na bračno stanje

Parametar	Medijan (interkvartilni raspon)				P*
	Neudana/ neoženjen /n=12	Udana/ oženjen /n=40	Razvedena /razveden /n=4	Udovica/ udovac /n=44	
Kvaliteta komunikacije sa medicinskim sestrama	35,0 (34,0-35,0)	34,0 (30,5-35,0)	35,0 (29,0-35,0)	33,0 (31,0-35,0)	0,37
Želja pacijenta za učestalijim edukacijama	24,5 (21,0-25,0)	20,0 (17,0-25,0)	16,0 (12,5-16,0)	20,0 (17,0-22,0)	<b>0,003</b>
Percepcija vlastitog zdravstvenog stanja i ponašanja	20,0 (17,5-24,5)	19,0 (14,5-21,0)	16,0 (15,0-21,0)	19,0 (16,0-22,0)	0,45

\*Kruskal-Wallis tes

## 5. RASPRAVA

U istraživanje je bilo uključeno 100 pacijenata iz grada Pule, koji su koristili usluge zdravstvene njege u kući najmanje uzastopno 3 mjeseca ili duže.

Prosječna starosna dob pacijenata iznosila je 78 godina (medijan), većina ispitanika bile su starije osobe, što je u skladu s literaturnim podacima. Starost je posljednje razvojno razdoblje u životu svakog čovjeka. Pojam starosti podrazumijeva razdoblje nakon 65. godine života. Starenjem se odvijaju mnogobrojne, različite promjene u organizmu, koje dovode do progresivnog slabljenja i oštećenja funkcije organa pa su u starijih osoba često prisutne kronične bolesti, funkcionalna onesposobljenost i multimorbiditet, koji često onemogućavaju pacijente u provođenju osnovnih aktivnosti samozbrinjavanja. U starijih su osoba često prisutni i psihički poremećaji (depresija) te smanjena motivacija i potrebe koje ih dodatno onemogućavaju u aktivnostima samozbrinjavanja (23). U takvih bolesnika neophodna je pomoć medicinske sestre koja dolazi u dom pacijenta i pomaže mu u provođenju aktivnosti samozbrinjavanja. Tijekom 2015. godine u Hrvatskoj u djelatnosti zdravstvene njege u kući provedeno je 1.851.160 postupaka, većina korisnika bila je u dobnoj skupini od 75 do 84 godine (2).

Među ispitanicima bilo je nešto više žena (60 %), što se dijelom može objasniti većim brojem žena općenito u odnosu na muškarce u Hrvatskoj. Prema procjeni Državnog zavoda za statistiku sredinom 2016. godine u Hrvatskoj je živjelo 2.014.837 muškaraca i 2.159.512 žena. U Istarskoj županiji, prema procjenama iz 2016. godine, bilo je 42.787 osoba starijih od 65 godina, a od toga 24.921 (58,24 %) žena (24).

Statistički značajno najmanje je bilo ispitanika s visokom stručnom spremom (12 %), dok ih je sa završenom osnovnom školom bilo 32 %. Ovi podaci djelomično se mogu objasniti činjenicom da osobe s višom stručnom spremom znaju i više o čimbenicima rizika (pušenje, alkoholizam, prekomjerna tjelesna masa, sjedilački način života, ...) za nastanak nezaraznih kroničnih bolesti, kao što su dijabetes, hipertenzija, demencija i druge bolesti pa stoga žive zdravije, što u starijoj životnoj dobi doprinosi višem stupnju vitalnosti i manjem riziku od oboljevanja. Niži stupanj obrazovanja također se povezuje s povećanim rizikom oboljevanja od raznih vrsta demencije (25), ali i depresija koje doprinose razvoju tjelesnih bolesti i onesposobljenosti (26). Istraživanjem koje je provedeno u Klinici za unutarnje bolesti KBC-a Split (200 ispitanika) utvrđena je statistički značajna povezanost između alkoholizma i stručne spremlje – bilo je 1,5 puta manje ispitanika alkoholičara s visokom stručnom spremom (27).

Pušenje je statistički značajno povezano sa stručnom spremom, učestalije je u osoba niže stručne spreme (28). Pretilost je uz pušenje i alkohol najčešći čimbenik rizika za nastanak kroničnih nezaraznih bolesti (29), koje u starijoj životnoj dobi uzrokuju otežanu pokretljivost, odnosno nepokretnost i nemogućnost samostalnog zbrinjavanja u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba, kao što su osobna higijena, oblačenje i uređivanje, eliminacija, hranjenje i drugo.

Statistički značajno najmanje je bilo razvedenih pacijenata (4 %), a najviše udovica/udovaca (44 %) i udatih/oženjenih (40 %). Visok broj udovica može se dijelom objasniti činjenicom da žene žive 6,1 godinu dulje od muškaraca (30).

Na tvrdnje koje opisuju kvalitetu komunikacije s medicinskim sestrama ispitanici su najčešće odgovarali pozitivnim odgovorom, odnosno „U potpunosti se slažem“. Može se zaključiti da je 69 % do 85 % (ovisno koje pitanje se gleda) ispitanika zadovoljno komunikacijom s medicinskom sestrom. Odgovori na tvrdnju „Prilikom svakog postupka medicinska sestra mi objasni što će raditi“ ukazuju na činjenicu da 24 % ispitanika nije razumjelo u potpunosti postupak koji je medicinska sestra namjeravala provesti, iako ga je ona objasnila (ili nije) prije samog provođenja. Jedna od učestalih intervencija medicinske sestre (bez obzira na mjesto provođenja) jest objasniti bolesniku što će se raditi, na njemu razumljiv način. Unatoč mnogobrojnim problemima (nedostatak vremena, umor, mnogo posla, ...) ta intervencija nikada ne smije izostati (8). Pacijent je živo biće i od osobe (medicinske sestre) koja mu namjerava pomoći uvijek očekuje human, ljudski pristup (očekuje da se ga tretira kao dostojanstvenog čovjeka, a ne kao stvar). Intervencije koje su medicinskoj sestri rutinske, svakodnevne, za pacijenta mogu biti nove, nepoznate i u njemu mogu pobuđivati neugodne osjećaje, kao što su strah, sram, neugoda, ponekad i ljutnja, bijes ili agresija. Medicinska sestra mora način svoje komunikacije prilagoditi svakom pacijentu pojedinačno uzimajući u obzir specifičnosti koje su trenutno prisutne kod bolesnika (ne čuje dobro, danas je depresivan, to je za njega novo, ...). Iako se neki postupak ponavlja danima kod pacijenta, uvijek je potrebno ponoviti što će se raditi, ukratko opisati postupak, pitati bolesnika razumije li, želi li nešto pitati (poticati ga da postavlja pitanja), pri samom provođenju neke intervencije potrebno je stalno bolesniku govoriti što se radi, navoditi razloge iz kojih se to radi i odgovarati iskreno na pacijentova pitanja (8).

Niti zadovoljno, niti nezadovoljno bilo je 3 % ispitanika, a 28 % je djelomično zadovoljno pristupom medicinske sestre. Iako je 69 % ispitanika u potpunosti zadovoljno pristupom medicinske sestre, sam pristup prema pacijentima potrebno je stalno poboljšavati.

Odnos medicinske sestre prema pacijentu mora biti human, holistički, individualan, partnerski, uz poštivanje privatnosti i dostojanstva te uz bezuvjetno prihvaćanje pacijenta u njegovoj jedinstvenosti i neponovljivosti. Pacijent je cjelovito bio-psiho-socijalno biće u svom kulturološkom okruženju, mora se tretirati kao cjelina i dio cjeline. Holizam se proteže i na obitelj pacijenta, na stil života, socijalno-ekonomski status, vjeru, zajednicu i sve ostale čimbenike koji imaju značenje za pacijenta. Svaki je pacijent jedinstven (drugačiji od svih ostalih), ima jedinstvene osobitosti, jedinstvene potrebe i načine na koje želi zadovoljiti svoje potrebe. Uvažavanje razlika temelj je individualiziranog pristupa pacijentu. Načinom komunikacije i načinom izvođenja intervencija (iz područja zdravstvene njege) medicinska sestra iskazuje poštovanje te čuva čast i dostojanstvo pacijenta i njegove okoline. U provođenju procesa zdravstvene njege medicinska sestra i pacijent jesu partneri, pacijent je uključen u sve razine procesa zdravstvene njege, pri tome je bitno naglašavati njegove jake strane. U radu medicinske sestre pacijent je subjekt (ne objekt), njegova je uloga aktivna, a njegove mogućnosti ne smiju biti ni podcijenjene, ni precijenjene, već dobro procijenjene. Iskrenošću, razumijevanjem, pažnjom, zainteresiranošću i empatijom s pacijentom razvija se partnerski odnos (31).

S tvrdnjom „Medicinska sestra uvijek ima vremena za moja pitanja“ u potpunosti se ne slaže 21 % ispitanika. Medicinske sestre koje provode zdravstvenu njegu u kući rade po primarnom modelu, što im omogućava potpunu posvećenost samo tome pacijentu (i njegovoj obitelji) u određenom vremenu. Sve vrijeme koje medicinska sestra posvećuje pacijentu provodeći različite intervencije, ona i komunicira (verbalno i neverbalno) s pacijentom. Način komunikacije može odvratiti pacijenta od postavljanja pitanja, stoga komunikacija mora biti otvorena, poticajna i edukativna. Medicinska sestra mora poticati pacijenta da postavlja pitanja kako bi doznala njegove želje i potrebe. Na sva pacijentova pitanja treba odgovoriti, ukoliko sestra ne zna odgovoriti, mora pacijenta uputiti na osobu (liječnika) koja zna, mora pacijenta informirati gdje može potražiti stručan odgovor. Ponekad to znači da je pacijentu potrebno pribaviti i pisane sadržaje, uputiti ga na određene knjige, brošure ili internetske stranice. Postoje i mnogobrojne udruge u kojima pacijenti mogu čuti iskustva osoba koje boluju od istih bolesti i imaju iste ili slične probleme i potrebe (7).

U potpunosti 24 % ispitanika nije razumjelo sve što su im medicinske sestre govorile. Istraživanjima je dokazano da pacijenti ne razumiju i do 50 % onoga što im zdravstveni djelatnici govore. Jezik kojim se govori mora biti razumljiv pacijentu, ne smije sadržavati strane riječi (latinske, engleske), a kako bi informacija bila pacijentu posve razumljiva, ponekad je

potrebno koristiti i dijalekt ili žargon. U komunikaciji između pacijenta i medicinske sestre mogu se pojaviti problemi (šumovi) koji mogu dovesti do nerazumijevanja, nesuradnje i samim time onemogućiti kvalitetno provođenje zdravstvene njege. U slučaju kada je pacijent primatelj informacija, najčešće se problemi u komunikaciji javljaju zbog duhovne pasivnosti, oštećenja sluha, emocija (ljutnje, straha), nedostatka pažnje, glasne i zbunjujuće okoline, pogrešnog tumačenja, neposlušnosti i straha od pitanja. Ako je medicinska sestra primatelj informacija, problemi najčešće nastaju zbog ravnodušnosti, nedostatka vremena, neprikladnog odnosa, stereotipnih odgovora, neiskrenosti, neprikladne reakcije, prikupljanja hrabrosti izvođenjem gesta i mimikom (10).

U potpunosti se 15 % pacijenata ne slaže s tvrdnjom „Znam kako se zove medicinska sestra koja vodi moju zdravstvenu njegu“ (Tablica 3.). Ta se činjenica djelomično može objasniti prisutnošću bolesti u pacijenata i njihovim trenutnim interesima i mogućnostima koji nisu usmjereni na ime i prezime medicinske sestre. Medicinska se sestra pri prvom susretu s pacijentom uvijek predstavi, no to je vrijeme kada pacijent dobiva mnogo novih informacija, zaokupljen je vlastitim problemima i iščekivanjima, u nekih pacijenata prisutna je demencija, depresija ili uzbuđenost, što ih ometa u pamćenju informacija.

„Medicinska sestra poštuje moje mišljenje i zajedno donosimo odluke o mojoj zdravstvenoj njezi“ tvrdnja je s kojom se 71 % pacijenata slaže u potpunosti, 23 % se djelomično slaže, dok se 4 % slaže i ne slaže, a samo 2 % djelomično se ne slaže. Može se zaključiti da su pacijenti u vrlo visokom postotku uključeni u odluke vezane uz zdravstvenu njegu, što potvrđuje prisutnost partnerskog odnosa između medicinske sestre i pacijenta.

Njih 65 % u potpunosti se slaže, a 22 % djelomično s tvrdnjom „Medicinska sestra me potiče da razgovaram s njom o svojim problemima.“ Neodlučnih je 10 % ispitanika, a njih 3 % odgovorilo je negativno. Rezultati ukazuju da medicinske sestre koje provode zdravstvenu njegu u kući ulažu mnogo truda u komunikaciju s pacijentima i zainteresirane su za njihove probleme, čega su i sami pacijenti svjesni. Odnos u kojemu pacijent iznosi svoje probleme svjedoči o povjerenju prema medicinskoj sestri.

Odgovori na sedam tvrdnji o kvaliteti komunikacije pacijenata s medicinskim sestrama potvrđuju da je između njih i medicinskih sestara, koje provode zdravstvenu njegu u kući, prisutna kvalitetna komunikacija i kvalitetan odnos, što su temelji za kvalitetno rješavanje pacijentovih problema u području zdravstvene njege.

Ispitanici su na tvrdnje koje opisuju želju pacijenta za učestalijim edukacijama, najčešće odgovarali „U potpunosti se slažem“ ili nešto rjeđe s „Djelomično se slažem“, čime su pokazali veliku želju za učestalijim edukacijama.

Samo 4 % ispitanika upće se ne slaže s tvrdnjom „Potrebno mi je da medicinske sestre provode edukaciju i pojašnjenja češće.“ Svi ostali ispitanici pokazuju od male (5 %) do velike (45 %) želje za češćim provođenjem edukacije i pojašnjenjima. Želja pacijenata za edukacijom i dodatnim pojašnjenjima ukazuje da je u pacijenata prisutno određeno znanje i svjesnost o nedostacima znanja vezanim uz njihovo zdravstveno stanje. S obzirom na želje pacijenata potrebno je posvetiti više vremena edukaciji i pojašnjavanjima. Edukacija je kontinuiran, pacijentu upućen proces učenja, koji se provodi kroz sve aktivnosti medicinskih sestara. Cilj edukacije jest poticanje pacijenata na aktivno sudjelovanje u brizi za vlastito zdravlje. Edukacija sve češće zauzima prioritetno mjesto u zdravstvenoj njezi i provlači se kroz cijeli proces zdravstvene njege. Svako educiranje mora biti prilagođeno svakom pacijentu pojedinačno, prilagođeno njegovoj zdravstvenoj, intelektualnoj, materijalnoj i socijalnoj situaciji. Razvojem odnosa povjerenja, poticanjem na verbalizaciju straha i opuštenim razgovorom omogućava se da pacijent otvoreno i bez ustručavanja postavlja pitanja vezana za njegovu bolest i tretman zdravstvene njege koji je medicinska sestra ovlaštena provoditi. Važno je da bolesnik uoči da je uvaženo njegovo mišljenje i da medicinska sestra pokazuje interes za njegov problem (32).

U potpunosti se 50 % pacijenata slaže, a 29 % djelomično s izjavom „Dovoljno sam motiviran prilikom primanja novih informacija od strane medicinskih sestara“, što ukazuje na činjenicu da 21 % pacijenata smatra da nije dovoljno motivirano. Rezultati se djelomično mogu objasniti činjenicom da zdravstvenu njegu u kući uglavnom provode medicinske sestre sa srednjom stručnom spremom i jednim malim postotkom prvostupnice sestrinstva (33,34) koje tijekom svog stručnog usavršavanja nisu imale priliku učiti i pedagoške predmete koji se slušaju tek na četvrtoj i petoj godini studija sestrinstva (35), a nisu prošle ni pedagoško-psihološku i didaktičko-metodičku izobrazbu te im nedostaju znanja o motivaciji.

S izjavom „Učestalije edukacije bi doprinijele poboljšanju vašeg zdravstvenog ponašanja“ u potpunosti se slaže 36 % ispitanika, djelomično 25 %, a 32 % ispitanika se slaže i ne slaže, dok ih se tek 7 % uopće ili djelomično ne slaže. Podatak da je 32 % ispitanika neodlučno, ističe potrebu provođenja edukacije pacijenata o važnosti same edukacije. Pacijentima često nedostaju znanja o zdravlju i pozitivnom zdravstvenom ponašanju, česte su sestrinske dijagnoze „Neupućenost“ i „Nedostatak specifičnog znanja“, čije su posljedice



nezdravstvena ponašanja (pušenje, prekomjerno konzumiranje alkohola, nedovoljna tjelesna aktivnost, prekomjeren unos hrane, neredovito konzumiranje lijekova, ...) koja ugrožavaju zdravlje samog pacijenta, njegove obitelji, ali i šireg društva (16).

Podjednak postotak pacijenata koji se u potpunosti ili djelomično slažu da bi učestalije edukacije doprinijele poboljšanju njihovog zdravstvenog ponašanja, imaju i želju za učestalijim edukacijama od strane medicinskih sestara zdravstvene njege u kući. Ti podatci ukazuju na činjenicu da su medicinske sestre uspjele stvoriti s većinom pacijenata odnos povjerenja, motivirati ih i u njima probuditi želju i potrebu za stalnim nadograđivanjem znanja u vezi s njihovim zdravstvenim poteškoćama, što je vidljivo i iz potpunog ili djelomičnog slaganja većine ispitanika s tom tvrdnjom.

U potpunosti ili djelomično 66 % ispitanika smatra da vodi zdrav život. Iako bolesni, većina ispitanika percipira svoj život zdravim, kvalitetnim; iako se radi o subjektivnoj procjeni, pozitivna percepcija doprinosi izgradnji samopoštovanja, a samim time i većoj otvorenosti za suradnju. Njih 24 % jest neodlučno, nisu sigurni vode li zdrav život, što ostavlja dosta prostora za edukaciju. Pacijenti moraju znati (razlikovati) koja zdravstvena ponašanja pridonose njihovom zdravlju, a koja ugrožavaju njihovo zdravlje, a samim time i kvalitetu života. Postotak ispitanika koji nisu sigurni da vode zdrav život, ukazuje na potrebu o edukacije o čimbenicima rizika zdravlja, kao što su pušenje, tjelesna neaktivnost, nepravilna prehrana, nepridržavanje zdravstvenih uputa, ... (7). Tek se 6 % ispitanika ne slaže, a 1 % djelomično se ne slaže s tvrdnjom da vode zdrav život, što svjedoči o njihovoj svjesnosti o nezdravstvenim ponašanjima, svjesni su što nije dobro, a njihovo stanje zahtijeva motivaciju za promjene nezdravstvenih ponašanja u pozitivna zdravstvena ponašanja.

Najveći broj ispitanika (49 %) slaže se s tvrdnjom da ih drugi poštuju unatoč njihovim zdravstvenim poteškoćama te da nisu izgubili prijateljske odnose koje su nekada imali (37 %). Neki su pacijenti spremni normalno komunicirati s okolinom i ne strahuju o mogućim predrasudama o svojoj bolesti. Obitelj i prijatelji oslonac su im u nošenju s bolesti i problemima koje ona uzrokuje te nastavljaju normalan život. Neki pacijenti svoje strahove i probleme podijele tek s najprisnijim osobama, a neki ni najbližima ne žele biti teret i svoje probleme zadržavaju za sebe. Pacijenti strahuju kako će spoznaja o njihovoj bolesti djelovati na osobe iz njihove okoline. Često je prisutno sažaljevanje i stigmatizacija psihijatrijskih bolesnika, osoba oboljelih od raka i AIDS-a. Zbog straha i nedostatka osnovnog znanja ljudi stvaraju različite predrasude, što za oboljelog u konačnici može rezultirati socijalnom izolacijom (21). Vidljivo je da se 9 % ispitanika upće ne slaže i djelomično se ne slaže s tvrdnjom da nisu izgubili

prijateljske odnose koje su nekada imali. Čovjek je socijalno, društveno biće, a potreba za druženjem jedna je od temeljnih ljudskih potreba (31). Gubitak prijateljskih odnosa dijelom se može objasniti činjenicama da su pacijenti starije osobe, bolesne, teško pokretne ili nepokretne, u nekih su prisutni i psihički poremećaji, a sve to doprinosi smanjenju socijalnih kontakata.

S tvrdnjom „Smatram da sam dovoljno samostalan unatoč svome stanju“ u potpunosti se slaže samo 30 % ispitanika, a uopće se ne slaže 15 % ispitanika. Pacijenti su svjesni svoje nesamostalnosti i nemogućnosti samostalnog zadovoljavanja osnovnih životnih potreba, a u tome im na dostojanstven način pomažu medicinske sestre pružanjem neposredne fizičke pomoći te edukacijom. Cilj je zdravstvene njege što viši stupanj samostalnosti pacijenta u aktivnostima koje doprinose zdravlju i oporavku ili mirnoj smrti (36). Ponekad percepcija pacijenata nije u skladu s njihovim realnim mogućnostima, što dokazuju pacijenti koji su uz kvalitetnu zdravstvenu njegu i fizikalnu terapiju u kući od nepokretnih postali pokretni uz pomoć hodalice ili nekog drugog pomagala.

Najveći broj ispitanika (27 %) nije siguran osjeća li se dobro u svome tijelu. Percepcija vlastitog tijela pacijenata ovisi o osobnosti i kritičkom razmišljanju o vlastitom tijelu, kao i o utjecajima okoline (mišljenje bračnog druga; idealan i poželjan izgled osoba na televiziji) (37). Slika tijela predstavlja subjektivnu prezentaciju vlastitog tjelesnog izgleda i tjelesnih iskustava, odražava stavove, percepciju, misli i osjećaje vezane uz tijelo, uz cjelokupan izgled, ali i uz specifična područja i dijelove tijela, tjelesne funkcije, snagu i seksualnost. U srži nezadovoljstva tijelom jest raskorak između percipiranog i unutarnjeg ili društveno uvjetovanog, idealnog tjelesnog izgleda. Nezadovoljstvo izgledom tijela može rezultirati depresijom i smanjenim samopoštovanjem (38).

Ispitanici svoje zdravstveno stanje i ponašanje sveukupno većim dijelom procjenjuju vrlo dobrim i odličnim, njihova je sveukupna samoprocjena pozitivna.

Prisutna je statistički značajna povezanost između percepcije vlastitog zdravstvenog stanja i ocjene kvalitete komunikacije s medicinskim sestrama te želje ispitanika za učestalijom edukacijom – ispitanici koji pozitivnije procjenjuju vlastito zdravstveno stanje, pozitivnije ocjenjuju i komunikaciju s medicinskim sestrama te iskazuju veću želju za učestalijom edukacijom.

Usporedba kvalitete komunikacije s medicinskim sestrama, želje za učestalijom edukacijama i percepcije vlastitog zdravstvenog stanja i ponašanja nije pokazala značajnu razliku niti s obzirom na spol, niti prema stupnju stručne spreme.

S obzirom na bračno stanje postoji ipak značajna razlika u želji za učestalijim edukacijama, odnosno razvedeni ispitanici iskazali su najmanju želju, neoženjeni najveću, dok nema razlike između oženjenih i udovaca/udovica.

## 6. ZAKLJUČCI

Na temelju provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- prosječna starosna dob pacijenata iznosila je 78 godina (medijan)
- pripadnici oba spola bili su podjednako zastupljeni
- većina ispitanika bila je srednje stručne spreme te su pretežno bili u braku ili su bili udovci/udovice
- ispitanici su najčešće kvalitetu komunikacije s medicinskim sestrama procjenjivali pozitivnim odgovorima
- ispitanici su na tvrdnje koje opisuju želju pacijenta za učestalijim edukacijama, najčešće odgovarali s „U potpunosti se slažem“ ili nešto rjeđe s „Djelomično se slažem“, čime su pokazali veliku želju za učestalijim edukacijama
- u samoprocjeni zdravstvenog stanja i ponašanja prevladava vrlo dobra ili odlična samoprocjena ispitanika
- vezano uz dobra osjećanja u svome tijelu najveći broj ispitanika je neodlučan
- prisutna je statistički značajna povezanost između percepcije vlastitog zdravstvenog stanja i ocjene kvalitete komunikacije s medicinskim sestrama te želje ispitanika za učestalijom edukacijom – ispitanici koji pozitivnije procjenjuju vlastito zdravstveno stanje, pozitivnije ocjenjuju i komunikaciju s medicinskim sestrama te iskazuju veću želju za učestalijom edukacijom
- usporedba kvalitete komunikacije s medicinskim sestrama, želje za učestalijim edukacijama i percepcije vlastitog zdravstvenog stanja i ponašanja nije pokazala značajnu razliku niti s obzirom na spol, niti prema stupnju stručne spreme
- s obzirom na bračno stanje nađena je značajna razlika u želji za učestalijim edukacijama, odnosno razvedeni su ispitanici iskazali najmanju želju, neoženjeni najveću, dok nije nađena razlika između oženjenih i udovaca/udovica.

## 7. SAŽETAK

**CILJ ISTRAŽIVANJA:** Cilj ovog završnog rada bio je prikazati mišljenje pacijenata o kvaliteti komunikacije s medicinskim sestrama, ispitati njihovu želju za učestalijim edukacijama te prikazati pacijentovu percepciju vlastitog zdravstvenog ponašanja s obzirom na kvalitetu komunikacije s medicinskim sestrama zdravstvene njege u kući.

**USTROJ STUDIJE:** Provedeno je presječno istraživanje.

**ISPITANICI I METODE:** Ispitanike je činilo 100 pacijenata zdravstvene njege u kući koji su tu uslugu koristili minimalno 3 uzastopna mjeseca ili duže na području grada Pule.

**REZULTATI:** Prosječna starosna dob pacijenata iznosila je 78 godina (medijan). Podjednako su bili zastupljeni pripadnici oba spola. Većina ispitanika imala je srednju stručnu spremu, pretežno su bili u braku ili su bili udovci/udovice. Procijenili su komunikaciju medicinskih sestara kvalitetnom, pokazali su veliku želju za učestalijim edukacijama, a vlastito zdravstveno stanje i ponašanje najčešće procjenjuju vrlo dobrim i odličnim. Ispitanici koji pozitivnije procjenjuju vlastito zdravstveno stanje, pozitivnije ocjenjuju i komunikaciju s medicinskim sestrama te pokazuju i veću želju za učestalijom edukacijom. Usporedba kvalitete komunikacije s medicinskim sestrama, želje za učestalijim edukacijama i percepcije vlastitog zdravstvenog stanja i ponašanja nije pokazala značajnu povezanost s obzirom na spol i stupanj obrazovanja. S obzirom na bračno stanje nađena je značajna razlika u želji za učestalijim edukacijama, odnosno razvedeni ispitanici iskazali su najmanju želju, neoženjeni najveću, dok nije nađena razlika između oženjenih ispitanika i udovaca/udovica.

**ZAKLJUČAK:** Pacijenti su u velikoj većini zadovoljni komunikacijom s medicinskim sestrama. Potrebno je osigurati više vremena za provođenje edukacije i zadovoljiti želju pacijenata za edukacijom.

**KLJUČNE RIJEČI:** edukacija; komunikacija; samoprocjena zdravlja; zdravstvena njega u kući

## 8. SUMMARY

**TITLE:** Patients' Attitudes about the Quality of Their Communication with Home Care Nurses in the City of Pula

**AIMS:** The aim of this final work was to present the patients' opinion on the quality of their communication with nurses, to examine the patients' desire for more frequent education and to show the patients' perception of their own health behaviour with regard to the quality of communication with home care nurses.

**TYPE OF STUDY:** A cross-sectional research was carried out.

**METHODS ISSUED:** The group of respondents consisted of 100 home care patients who had been using the service for at least three consecutive months or longer in the area of Pula.

**RESULTS:** The average age of patients was 78 years (median). Both sexes were equally represented. Most of the respondents had secondary vocational qualifications and were predominantly married or widowed. Respondents estimated that their communication with home care nurses was good; furthermore, they expressed a great desire for more frequent education, and their own health and behaviour were most likely to be very good and excellent. Respondents who evaluated positively their own health status did also assess their communication with nurses as better and they expressed a greater desire for more frequent education. Comparing the quality of communication with nurses, the desire for more frequent education and the perception of one's own health and behaviour has not shown any significant correlation with regard to gender or degree of qualification. Considering the marital status, there was a significant difference in the desire for more frequent education: divorced respondents expressed the least wish, unmarried the greatest, whereas no difference was found between married and widowed respondents.

**CONCLUSION:** Patients are largely satisfied with their communication with home care nurses visiting them. It is necessary to provide more time to carry out education and to satisfy the desire of educated patients.

**KEY WORDS:** communication; education; home care; self-assessment of health

## 9. LITERATURA

1. Cindrić Ž, Cazin K, Volkmer Starešina R, Pišćenec I, Letić A. Otvaranje samostalne sestrinske djelatnosti. SG/NJG. 2015; 20: 244-249.
2. Pavić J. Dom je mjesto i za liječenje Zdravstvena njega u kući. Glas Koncila. 2017; 1 (109) 20-23.
3. Nejašmić I, Toskić A. Starenje stanovništva u Hrvatskoj – sadašnje stanje i perspektive. Hrvatski geografski glasnik. 2013; 75/1: 89-110.
4. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Dostupno na:  
[http://www.hzzonet.hr/dload/zakoni/03\\_interni\\_procisceni\\_tekst.pdf](http://www.hzzonet.hr/dload/zakoni/03_interni_procisceni_tekst.pdf). Datum pristupa: 05.12.2016.
5. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za provođenje zdravstvene njege u kući. Dostupno na:  
[http://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2010\\_07\\_88\\_2474.html](http://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2010_07_88_2474.html). Datum pristupa: 05.012.2016.
6. Prlić N, Zdravstvena njega udžbenik za učenike srednjih medicinskih škola. 11. izdanje. Zagreb: Školska knjiga; 2008.
7. Mojsović Z, Despot-Lučanin J, Kovačić L, Mendaš Lj, Miharija Ž, Pajan-Lehpaner G, i sur. Sestrinstvo u zajednici Priručnik za studij sestrinstva-prvi dio: Zagreb: Zdravstveno Veleučilište; 2004.
8. Fučkar, G. Proces zdravstvene njege. 2. neizmijenjeno izdanje. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1995.
9. Fumić N, Marinović M, Brajan D. Kontinuirana edukacija medicinskih sestara s ciljem unaprjeđenja kvalitete zdravstvene njege. Acta Med Croatica. 2014; , 68 (Supl. 1): 13-16.
10. Starc J. Učinkovita komunikacija i rješavanje sukoba između medicinske sestre i pacijenta. JAHS. 2016; 2(2): 133-146.
11. Pejić Bach M, Murgić J. Poslovne komunikacije 2. Zagreb: Alka script; 2013.
12. Krešić V. Komunikacija u sestrinstvu - međuljudski odnosi zdravstvenih djelatnika. SG/NJ. 2013; 18: 41-43.

13. Jurković Z. Važnost komunikacije u funkcioniranju organizacije. *Ekonomski vjesnik*. 2012; Vol. XXV, No. 2: 387-400.
14. Skelec I. Komunikacija – principi i konteksti. *Sociologija i prostor*. 2015; 53, 202 (2): 186-190.
15. Ajduković M. Interpersonalna komunikacija. Dostupno na:  
[https://www.pravo.unizg.hr/\\_download/repository/Komunikacija\\_2014%5B1%5D.ppt](https://www.pravo.unizg.hr/_download/repository/Komunikacija_2014%5B1%5D.ppt).  
 Datum pristupa: 07.12.2016.
16. Kičić M. E-zdravlje – savjetodavna uloga medicinskih sestara. *Acta Med Croatica*. 2014; 68: 65-69.
17. Furlan I. Psihologija poučavanja. Zagreb: Školska knjiga; 1990.
18. Kolesarić V. Uvod u psihologiju – Znanstvena i primjerena psihologija. Zagreb: Grafički zavod Hrvatske; 1991.
19. William G. Teorija izbora. Zagreb: Alinea; 2000.
20. Pukljak Iričanin Z. Zdravstveno ponašanje. Dostupno na:  
<https://ldap.zvu.hr/~zrinka/PDFzaweb/zdrPONA%C5%A0zaWeb.pdf>. Datum pristupa: 11.12.2017.
21. Vukelić M. Percepcija bolesti i terapije u bolesnika s kroničnim bolestima. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Farmaceutsko-biokemijski fakultet. Zagreb: 2016.
22. Petriček G. Iskustvo bolesnika oboljelih od šećerne bolesti tip 2 i infarkta miokarda u kontekstu svakodnevnog rada obiteljskog liječnika. Disertacija. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet. Zagreb: 2012.
23. Rusac S, Vahtar D, Vrban I, Despot Lučanić J, Radica S, Spajić-Vrkaš V. Narativi o dostojanstvu u starijoj životnoj dobi. Zagreb: Zaklada zajednički put; 2016.
24. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Priopćenje. Dostupno na adresi:  
[https://www.dzs.hr/Hrv\\_Eng/publication/2017/07-01-03\\_01\\_2017.htm](https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2017/07-01-03_01_2017.htm). Datum pristupa: 17.12.2017.
25. Štrbenac D. Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju bolesnika oboljelih od Alzheimerove bolesti. Završni rad br.86/SES/2015. Visoka tehnička škola u Bjelovaru. Bjelovar: 2016.



26. Tataj A. Depresija i tjelesne bolesti. Diplomski rad. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku Medicinski fakultet Osijek Studij medicine. Osijek: 2017.
27. Buljan A. Čimbenici rizika za alkoholizam : studija slučajeva i kontrola. Diplomski rad. Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet. Split: 2012.
28. Novosel I. Pokazatelji intenziteta intoksikacije terminske posteljice duhanskim dimom. Disertacija. Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet. Zagreb: 2014.
29. Medanić D, Pucarin-Cvetković J. Pretilost – javnozdravstveni problem i izazov. Acta Med Croatica. 2012; 66: 347-355.
30. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Zanimljivosti. Dostupno na adresi: <https://www.dzs.hr/Hrv/important/Interesting/articles/Zene%20i%20muskarci%20u%20Hrvatskoj.pdf>. Datum pristupa: 17.12.2017.
31. Sedić B, Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2006.
32. Ljubičić M. Edukacija bolesnika oboljelih od ishemične bolesti srca. Dostupno na adresi: <http://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/viewFile/1049/1007>. Datum pristupa: 18.12.2017.
33. Medeor. Fizikalna terapija i rehabilitacija zdravstvena njega u kući. Dostupno na adresi: <https://medeor.hr/o-nama/>. Datum pristupa: 18.12.2017.
34. Tibia ustanova za zdravstvenu njegu u kući i rehabilitaciju. Dostupno na adresi: [http://www.tibia.hr/o\\_nama.php](http://www.tibia.hr/o_nama.php). Datum pristupa: 18.12.2017.
35. Sveučilišni diplomski studij sestrinstva. Naslovnica. Dostupno na adresi: <http://dss.mef-cakovec.hr/>. Datum pristupa: 18.12.2017.
36. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene njege. Zagreb: HUSE; 1994.
37. Kurtela N. Utjecaj reklama na percepciju vlastitog tijela i osobnosti kod mladih djevojaka. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu Hrvatski studij Odsjek za komunikologiju. Zagreb: 2016.
38. Erceg Jugović I, Kuterovac Jagodić G. Percepcija utjecaja medija na sliku tijela kod djevojaka i mladića u adolescenciji. Medij. Istraž. 2016; god. 22, br. 1: 145-162.

## 10. ŽIVOTOPIS

Petra Mošnja, apsolventica Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku,

Medicinski fakultet Osijek

Cara Hadrijana 10/E, 31000 Osijek

Dislocirani preddiplomski Studij sestrinstva u Puli

Datum i mjesto rođenja: 09. kolovoza 1989., Pula

Adresa: Gregovica 29, 52100 Pula

e-mail: petra\_0908@hotmail.com

Broj mobitela: 097-713-3824

Obrazovanje:

1996. - 2004. Osnovna škola Kaštanjer, Pula

2004. - 2008. Medicinska škola, Pula

2014. - 2017. Medicinski fakultet Osijek, Dislocirani preddiplomski studij sestrinstva u

Puli

Članica Hrvatske komore medicinskih sestara